

Kansvolle psychosociale behandelingen voor problemen met illegale drugs

André van Gageldonk · , Henk Rigter · , Toine Ketelaars ·
Margriet van Laar

Wat weten we over onderzoek naar effect van behandeling van druggebruikers? Het antwoord op deze vraag komt uit samenvattende analyses van goed uitgevoerde studies, de zogenoemde overzichtsstudies. Dergelijke analyses moeten regelmatig worden geactualiseerd om op de hoogte te blijven van de resultaten van nieuw gepubliceerd onderzoek. In 2004 publiceerde het Trimbos-instituut een tweede Nederlandse overzichtsstudie (Rigter e.a., 2004) die kan bijdragen aan effectiever behandeling van verslaafden in ons land. Dit artikel geeft een kort overzicht van de resultaten van deze overzichtsstudie. Informatie over het effect van specifieke medicatie of farmacologische behandelingen laten we achterwege. We beperken ons hier tot psychosociale behandelingen of interventies waarvoor bewijs bestaat dat ze (in)effectief zijn.¹ Besloten wordt met een korte beschouwing over de betekenis van de resultaten voor de Nederlandse verslavingszorg.

Cannabis

Cognitieve gedragstherapie (CGT) Drie studies (Stephens e.a., 2000; Copeland e.a., 2001; Marijuana Treatment Project Research Group, 2004) vergeleken motiverende gesprekken, korte en langer durende CGT of combinaties van beide typen, met geen interventie. In alle drie de studies ging het om volwassen gebruikers: voornamelijk mannen van 30 tot 40 jaar, werkend, met een stabiele relatie en langdurig afhankelijk van deze drug. Ze gebruikten dagelijks, soms meerdere keren per dag en dat gedurende gemiddeld 14 tot 18 jaar. Het doel

was abstinentie, maar wanneer een deelnemer dit niet wilde, werd verminderd gebruik gestimuleerd.

CGT dekt doorgaans verschillende ladingen. De vergeleken studies baseren zich op gelijksoortige interventies, zij het dat de kortere variant minder elementen bevat. De langere variant begint met een bespreking van het druggebruik en (risico) situaties die hier meestal toe verleiden. Vervolgssessies bestaan uit het leren omgaan met ontwenningssverschijnselen, het bijhouden van *craving* momenten, cognitieve herstructurering (negatieve gedachten leren ombuigen), vaardigheidstraining, omgaan met slaapproblemen en boosheid, assertiviteitstraining en terugvalpreventie. Verder wordt, wanneer nodig, huiswerk meegegeven. Ten slotte volgt een bespreking van het geleerde in daaropvolgende sessies. Bij meer dan twee sessies wordt aan motiverende gesprekken ook terugvalpreventie toegevoegd. De hoogste intensiteit is negen sessies gedurende drie maanden. Bij de terugvalpreventie worden risicosituaties voor druggebruik vastgesteld, vaardigheden aangeleerd om dergelijk situaties het hoofd te bieden of te vermijden en case management verzorgd waarbij de aandacht wordt gericht op andere bezigheden dan druggebruik.

Behandeling met CGT bleek meer succes te hebben dan niets doen. Zowel cannabisgebruik als daarmee samenhangende problemen (lichamelijk, psychisch, justitieel), verminderden aanzienlijk. Eén sessie hielp aanvankelijk niet, maar na twee sessies CGT met gestructureerde motiverende gesprekken waren al gunstige effecten aantoonbaar. In één studie bleek een langere en intensievere behandeling (negentien sessies) tot

André van Gageldonk (✉)
Dr. A. van Gageldonk, senior wetenschappelijk medewerker,
Trimbos-instituut/Nationale Drug Monitor (NDM) Utrecht

¹ Voor een uitgebreide beschrijving van methoden, studies, interventies zie Rigter e.a.(1). Voor een verkorte weergave van de methoden, zie de appendix.

nog minder cannabisgebruik en verwante problemen te leiden dan twee sessies. Dit resultaat was zes maanden na de behandeling nog steeds aanwezig (Marijuana Treatment Project Research Group, 2004). De therapietrouw bij twee sessies bedroeg 72%, bij negen sessies lag de deelname op 42%.

Meervoudige Gezinstherapie (MGT)

Een MGT had succes in vijf verschillende studies die door nagenoeg dezelfde onderzoeksgroep werd uitgevoerd (Liddle, 2002; Liddle e.a., 2004; Liddle e.a., 2001; Liddle e.a., 2002). Het onderzoek vond plaats onder diverse *jongerengroepen* van circa 12 tot 18 jaar (soms alleen adolescenten) met een veelomvattende problematiek, zoals druggebruik (voornamelijk cannabis maar ook alcohol en andere drugs), gedragsstoornissen, wijvingen in het gezin en slechte prestaties op school.

MGT is niet alleen op de thuissituatie gericht, maar ook op de situatie op school, in de vriendenkring, het werk en eventueel het justitiële systeem. Bij MGT wordt geprobeerd het dagelijkse leven van de jongere met diverse interventies anders in te richten. De toepassing van het behandelpakket is flexibel om aan te sluiten bij de specifieke eigenschappen en moeilijkheden van de jongere. De werkwijze is een mix van interventies, correcties van ideeën over drugs, communicatietraining, training in het oplossen van problemen, ouderschapstraining (zoals het wijzigen van oudergedrag, maar ook interactiepatronen binnen het gezin), en ondersteuning bij het zoeken naar werk of bij het oplossen van problemen met justitie. Ten slotte probeert men de veranderingen te bestendigen. De duur varieert van 5 tot 6 maanden tot langer, met wekelijkse sessies. Aan MGT ligt een lang traject van studie, training, experimenteren en toepassing ten grondslag.

Het druggebruik werd in vier van de vijf studies door urinecontroles gemeten (gecombineerd met zelfrapportages). Het type jongeren verschilde per studie. In één studie ging het om Afro-Amerikaanse jongeren, in een andere studie was dit onduidelijk. Eén studie vergeleek MGT met een groepsbehandeling van drie tot vier gezinnen tegelijk en met groepstherapie voor uitsluitend de jongeren. De jongeren gebruikten minstens driemaal per week voornamelijk cannabis. Beide behandelingen verminderden de frequentie van cannabisgebruik vergeleken met de toestand vóór de interventie, maar na MGT was dit resultaat het meest gunstig. Niet alleen het middelengebruik nam af, ook de gezinnen begonnen beter te functioneren. Bij MGT vertoonden de jongeren nadien minder probleemgedrag, zoals agressie en onverschilligheid, dan bij de andere behandelingen. Ze haalden ook betere rapportcijfers op school. Het effect hield in grote lijnen stand tot minstens één jaar na de behandeling. Ook de andere studies doen

verslag van gelijklopende gunstige effecten op cannabisgebruik en psychosociale problemen.

Cocaïne

Community Reinforcement Approach (CRA)

Uit vier studies bleek het effect van de CRA in combinatie met *beloning van gewenst gedrag (CRA plus)*. Beloning gebeurde met tegoedbonnen of toekenning van bonuspunten die de deelnemer in een later stadium het recht gaf op een aantrekkelijke tegemoetkoming. Het druggebruik werd gecontroleerd met urinetests en soms ook met ademtests. De deelnemers waren *volwassenen* die vaak cocaïne gebruikten, maar niet ernstig verslaafd waren (Higgins e.a., 2002; Meyers e.a., 2001; Smith e.a., 2001; Roozen e.a., 2004).

De CRA wordt verschillend ingevuld, maar de kern is een meervoudige behandeling die drie tot zes maanden duurt. Onderdelen van de behandeling zijn: verandering van leefstijl door beloning van gewenst gedrag, vaardigheidstraining, urinecontrole, training van sociale contacten buiten de drugscene, hulp bij het vinden van werk, hulp bij scholing, het aanbieden van vrijetijdsbesteding en het inschakelen van familie en vrienden. De kern van CRA – bekrachtiging van gewenst gedrag – is van veel ouder datum.

In een overzichtsstudie werden vier effectstudies van eenzelfde projectleider geanalyseerd. In drie studies duurde de ‘CRA plus’ 24 weken, in de vierde studie was dat 12 weken met een zelfde resultaat. In de eerste twee studies verminderde het cocaïnegebruik met ‘CRA plus’ méér dan met een gangbare en minder intensieve behandeling (twee soorten counseling). In de twee meer recente studies verminderden zowel het cocaïnegebruik als de psychische problemen na ‘CRA plus’, zelfs méér dan na ‘CRA zonder’, of CRA met een beloning onafhankelijk van de uitslag van de urinetest. Of uitsluitend beloning van gewenst gedrag op grond van dergelijke tests effectief is voor druggebruikers, werd nog niet onderzocht.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

In twee van de vier studies naar de resultaten van de CGT verminderde het cocaïnegebruik bij *volwassenen* in vergelijking met, hetzij een minder intensieve standaardbehandeling, hetzij meditatie of ontspanningsoefeningen (Monti e.a., 1997; Carroll, 2000).

In de bestudeerde studies was de CGT verschillend, maar bestond in ieder geval uit: 1) het vaststellen van situaties waarin deelnemers sterk in de verleiding komen om weer te gaan gebruiken; 2) het aanleren van

vaardigheden om hieraan het hoofd te bieden; 3) training in andere vormen van terugvalpreventie.

Uit de derde studie bleek dat verschil in intensiteit van CGT (6 of 24 sessies in 12 weken) eenzelfde resultaat gaf (Covi e.a., 2002). In een vierde onderzoek duurde de tijd dat men geen cocaïne gebruikte langer wanneer beloning van gewenst gedrag (met tegoedbonnen voor een maximum van 70 dollar) aan 26 sessies CGT werd toegevoegd (Kirby e.a., 1998). In een vijfde studie, onder voornamelijk dakloze crackgebruikers (Maude-Griffin e.a., 1998), bleven wat meer gebruikers van de CGT-groep een maand lang abtinent (44% tegen 32%) in vergelijking tot de groep die werd aangemoedigd om aan zelfhulp (de zogenoemde 12-stappen methode) deel te nemen. Beide opties duurden twaalf weken.

Opiaten

Van de psychosociale behandelingen of interventies, als aanvulling van vervangingsbehandeling (methadon) voor opiaatverslaafden, *bleek beloning van gewenst gedrag of bestraffing van ongewenst gedrag*, ook wel *contingentiemanagement* genoemd (tegoedbonnen bij gunstige resultaten van urinetests) tot nog toe de enige succesvolle.

Uit een overzichtsstudie (30 studies) bij deelnemers van een methadonprogramma kwam naar voren, dat toevoeging van deze interventie aan methadonverstrekking en counseling, ook enige weken na de behandeling het heroïnegebruik terugdrong. Tegoedbonnen werden toegekend bij een gunstige uitkomst van urinecontrole of na een voltooide therapeutische opdracht (Griffith e.a., 2000). Recenter onderzoek bood hetzelfde beeld (Preston e.a., 2000; Preston e.a., 2002). Ook beloning via een lot met een grote kans op een prijs bevorderde deelname aan een methadonprogramma (Rhodes e.a., 2003). Of verslaafden de vermindering van het heroïnegebruik ook langere tijd volhielden, was nog onbekend. Evenmin was duidelijk of de intensiteit van psychosociale behandelingen er iets toe deed.

Gebruik van meerdere drugs

In dezelfde overzichtsstudie (Griffith, e.a., 2000) is in 21 studies bij urinetests gezocht naar het gebruik van meerdere drugs (niet gespecificeerd). Ook hieruit bleek dat het gunstige effect van *beloning of bestraffing* het sterkst was bij de groep die uitsluitend heroïne gebruikte. Niet bekend was of dit effect langer stand hield. Diverse recente studies waarin zowel op opiaat- als op cocaïnegebruik werd gelet, laten zien dat beloning van gewenst

gedrag beter werkt dan CGT (Higgins e.a., 2002; Silverman e.a., 1998; Katz e.a., 2001; Katz e.a., 2002; Preston e.a., 2001; Correia e.a., 2003; Epstein e.a., 2003; Petry e.a., 2004). Opvallend was dat een combinatie van beide het gunstige effect bij deze doelgroep niet vergrootte.

Probleemgebruik van middelen

Er zijn ook studies geanalyseerd over het effect van behandelingen, therapieën of interventies op problematisch middelengebruik in het algemeen. Belangwekkende resultaten vonden we voor motiverende interviews en drie therapieën.

Motiverende interviews zijn belangrijke interventies in de verslavingszorg. Motivatie is een noodzakelijke stap voor verandering of voor het in behandeling gaan. Door gaans zijn ze niet-directief, de doelen worden in overleg met de cliënt vastgesteld, er worden geen oordelen geveld, en de nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid en de keuze voor verandering.

De strategieën voor motiverende interviews zijn divers (meegaand of soms assertief) en de inzet is afhankelijk van de cliënt en zijn situatie. Empathie is belangrijk, maar ook het accentueren van tegenstrijdigheden (bijvoorbeeld tussen de huidige leefwijze en doelen die men wil bereiken) zonder hierover in discussie te gaan. Weerstand is bespreekbaar, maar worden niet bekritiseerd. Andere mogelijke perspectieven worden aangegeven, maar niet opgedrongen. Oplossingen moeten als het ware van de cliënt zelf komen. Deze moet (weer) in zichzelf gaan geloven en actie gaan ondernemen.

Twee overzichtsstudies richtten zich op motiverende interviews als afzonderlijke interventie. (Dunn e.a., 2001; Burke e.a., 2003). Deels analyseerden beide overzichtsstudies ook onderzoek naar druggebruikers (in zes, respectievelijk vier goede studies). In de eerste overzichtsstudie lette men op het aantal gevolgde sessies en het aantal dagen zonder druggebruik. In vier van de zes studies nam het aantal gevolgde sessies toe en/of verminderde het aantal gebruiksdagen. In de laatste overzichtsstudie (Burke e.a., 2003) kwamen ook studies voor waarin motiverende gesprekken werden gecombineerd met het invullen van vragenlijsten waarop door de therapeut feedback werd gegeven. Vergeleken met de controlegroep (zonder motiverende behandelingen) was het druggebruik ook duidelijk minder geworden.

Over *gezinstherapie* zijn zeer veel studies verschenen. Een bekende overzichtsstudie laat zien dat er in naam vele typen bestaan, maar dat de overlap in de dagelijkse praktijk vaak groot is (Stanton & Shadish, 1997).

De huidige gezinstherapieën zijn gebaseerd op minstens tweeëntwintig theoretische modellen. Ze worden

aangeduid met benamingen als: ‘structureel’, ‘strategisch’, ‘contextueel’ en ‘functioneel’.

Bij een structurele gezinstherapie richt de behandeling zich op het al dan niet schadelijke patroon van onderlinge gedragingen in een gezin. Een strategische benadering is pragmatisch en oplossingsgericht, waarbij wordt ingehaakt op het acute probleem van het druggebruikende familielid. Een contextuele gezinstherapie benadert het problematische druggebruik als resultante van de omgeving. Het gezin is deel van die omgeving, maar ook kunnen een rol spelen de jeugdcultuur en de omstandigheden waarin minderheidsgroepen verkeren. Een functionele therapie gaat ervan uit dat het drugprobleem van de jongere in het gezin een niet te miskennen functie vervult. In die functie moet op een andere manier worden voorzien, wil de aanpak van het probleem succesvol zijn.

De conclusies over het effect van gezinstherapie waren steeds positief (ook voor doelgroepen die geen drugs gebruiken), maar lieten geen verschil in effectiviteit zien tussen de onderscheiden typen gezinstherapie. Voor de studies gericht op *jonge druggebruikers* ging het om behandelingen waarbij ook familieleden aan ten minste enkele sessies meededen. Genoemde overzichtsstudie (waarin negen studies voorkomen over jongere gebruikers) en twee recentere studies (Waldron e.a., 2001; Kaminer e.a., 2002) gaven aan dat een gezinstherapie gemiddeld meer effect heeft dan individuele counseling, groepstherapie met leeftijdgenoten en een ‘gangbare’ behandeling. Gezinstherapie bij jonge druggebruikers bleek ook beter te werken dan psycho-educatie voor het gezin of groepsbijeenkomsten voor familieleden.

Multi Systeem Therapie (MST) is in drie studies onderzocht. Net als MGT ziet MST probleemgedrag van jongeren in het licht van de sociaal-culturele context. De therapie kan aan huis worden gegeven, wat een beter inzicht geeft in de verhoudingen tussen de gezinsleden. De stappen zijn pragmatisch en benadrukken de positieve, en niet de negatieve zaken. Acties richten zich niet alleen op het gezin, maar ook op de bredere omgeving, zoals school, buurt, wijk.

In de eerste studie (Henggeler, e.a., 2002) pleegde vier jaar na de interventie 4% van de jongeren een delict dat verband hield met drugs, tegen 16% die counseling kreeg. Het druggebruik was hier geen uitkomstmaat. In de tweede studie was dat wel aan de orde. Daarin daalde het alcohol- en cannabisgebruik sterker bij MST-behandeling dan bij standaardzorg. Tweeëneenhalf jaar nadien liet de MST-groep een kleiner aantal arrestaties zien, en bracht deze groep minder weken in detentie door (Randall & Cunningham, 2003). In een eerdere studie van dezelfde onderzoeker (Henggeler e.a., 1999) was de

aanvankelijke reductie in alcohol- en druggebruik na een half jaar verdwenen. Wel hield de daling in het aantal uithuisplaatsingen en arrestaties stand. Vier jaar na de interventie bleek de MST-groep nog steeds minder crimineel gedrag te vertonen, en ook het druggebruik was minder dan in de vergelijkingsgroep.

De werkzaamheid van *gedragstherapeutische relatie-therapie (GTR)* bleek uit een overzichtsstudie (O’Farrell & Fals-Stewart, 2002) en drie studies.

Bij GTR volgt de verslaafde cliënt individuele sessies en daarnaast sessies met zijn of haar – over het algemeen niet-verslaafde – partner. De cliënt sluit met de therapeut een dagelijks contract af waarin hij belooft geen drugs te gebruiken en, indien relevant, niet te drinken. De partner houdt op een kalender bij hoe goed de betrokkene zich aan zijn woord houdt. Over misstappen in het heden of verleden wordt thuis geen ruzie gemaakt. De twee bewaren hun discussies voor de gezamenlijke sessies met de therapeut, die hun ook opdrachten meegeeft, zoals dingen samen ondernemen en elkaar aandacht en waardering schenken. Daarnaast is er een training in vaardigheden om de communicatie tussen de partners te verbeteren en terugval te voorkomen. De interventie duurt lang. Oorspronkelijk betrof het 56 sessies, waarvan twaalf tot vierentwintig met partner, gedurende zes maanden.

Vier studies uit de overzichtsstudie gingen over druggebruik. Twee studies gaven gunstige resultaten, in de andere twee waren deze gelijklopend (maar niet significant). In een eerdere studie gaf GTR een jaar na de behandeling van uitsluitend mannelijke cliënten het volgende beeld te zien. Er was minder druggebruik, minder arrestaties en minder relatieproblemen dan bij individuele counseling (Fals-Stewart e.a., 1996). Ook onder mannelijke methadoncliënten bleek druggebruik meer afgenomen (urinetests) dan bij de counselinggroep (O’Farrell & Fals-Stewart, 2000). Ook bij vrouwen was GTR succesvoller dan counseling. Gebruik van drugs of alcohol verminderde of stopte, er waren minder familieproblemen, de vrouwen waren meer tevreden met hun relatie. Na een jaar was het druggebruik echter hervat en waren er weer meer relatieproblemen (Winters e.a., 2002; Fals-Stewart e.a., 1999).

Conclusies

Voor volwassenen met een gestabiliseerd leven die chronisch cannabis gebruiken, lijkt *cognitieve gedragstherapie (CGT)* het gebruik te verminderen en kunnen twee motiverende gesprekken al gunstige resultaten hebben.

Voor adolescenten cannabisgebruikers lijkt *meervoudige gezinstherapie (MGT)* geschikt.

De *Community Reinforcement Approach* (CRA) met de toevoeging *beloning van gewenst gedrag* (CRA plus) werkt voor frequente volwassen cocaïnegebruikers beter dan standaardbehandeling, en deze combinatie werkt zelfs beter dan uitsluitend CRA.

Er is enig bewijs voor gunstige resultaten van *cognitieve gedragstherapie* (CGT) voor cocaïnesnuivers, maar voor crackgebruikers zijn de resultaten wisselend.

Beloning van gewenst gedrag lijkt tot nog toe de enige psychosociale behandeling die tijdens vervangingsbehandeling (methadon) een bescheiden succes boekt, maar dit effect is op termijn nog onduidelijk.

Beloning van gewenst gedrag of bestraffing van ongewenst gedrag (contingency management) onder deelnemers aan methadonprogramma's die meerdere drugs gebruiken, verminderen zowel het gebruik van opiaten en als dat van andere drugs.

Diverse strategieën van *motivatieverhoging* zetten aan tot vermindering van druggebruik

Voor jongere druggebruikers heeft *gezinstherapie* gemiddeld meer effect dan individuele counseling of groepstherapie met leeftijdgenoten.

Multi Systeem Therapie (MST) vermindert op termijn crimineel gedrag, maar het op korte termijn gunstige effect op druggebruik lijkt na verloop van tijd af te nemen.

Gedragstherapeutische relatietherapie vermindert druggebruik bij de één en relatieproblemen voor beide partners.

Beschouwing

Niet voor alle typen druggebruik zijn behandelingen op hun effect onderzocht, dus er is nog veel te onderzoeken. Toch geeft deze geactualiseerde analyse al meer inzicht dan een soortgelijke studie uit 1997. Toen wisten we minder goed welke behandelingen kunnen werken bij probleemgebruik van drugs.

Opvallend is dat beloning van gewenst gedrag met behulp van tegoedbonnen voor diverse drugs een gunstig resultaat geeft. Relatie- en gezinstherapie lijken ook zinvol bij behandeling van zowel volwassen als jongere druggebruikers. Succes lijkt ook samen te hangen met meervoudige behandelingen die verschillend worden ingevuld. Zo blijft echter onduidelijk welke onderdelen ervan het meeste effect hebben. Wel wordt duidelijk dat meeromvattende behandelingen doorgaans effectiever zijn dan enkelvoudige. Invoering van dergelijke behandelingen kost echter veel tijd en geld (training van professionals, uittesten en invoeren). Toch lijkt dit de moeite waard en het sluit aan bij kostenbewuste

argumentaties van de zogenoemde *stepped care*, waarbij eerst eenvoudige en goedkoper interventies of behandelingen bij druggebruikers worden geprobeerd en, wanneer succes uitblijft, wordt overgegaan op intensiever (meervoudige?) en duurder behandeling.

De meeste van deze behandelvormen komen voor zover bekend niet voor in de Nederlandse verslavingszorg. De vraag is ook of deze in de Nederlandse situatie ook gunstig effect opleveren. Instellingen zijn al enkele jaren bezig met het verbeteren van hun productoverzichten. Het zicht op welke behandelingen er in Nederland worden uitgevoerd is daarom nog vaag.

Het meerjarige beleidsprogramma *Resultaten Scoren*, dat onder verantwoordelijkheid van GGZ Nederland wordt uitgevoerd, heeft als doel de kwaliteit van de verslavingszorg op diverse fronten te verhogen. Als onderdeel van dit beleidsprogramma zijn enkele in onderzoek werkzaam gebleken interventies ontwikkeld, zoals de mede op motivatieverhoging en cognitieve gedragstherapie gebaseerde leefstijltrainingen. Deze trainingen zijn door veel instellingen inmiddels geaccepteerd en deels ook ingevoerd.

Onze indruk is dat veel andere behandelvormen bestaan op grond van persoonlijke voorkeuren en overtuigingen, en niet op grond van wetenschappelijk inzicht in de effectiviteit ervan. Verder blijkt uit publicaties (Loth e.a., 2003; Loth, 2003) dat psychosociale begeleiding van methadonverstrekking vaak niet plaatsvindt. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg rapporteerde hier onlangs over. Psychosociale interventies zijn vaak bedoeld als een aanvulling tijdens medicatie (detox of onderhoud) maar ook als nazorg.

De laatste jaren zijn en worden er in Nederland experimenten uitgevoerd die diverse behandelingen op hun effecten testen. Meer experimenten zijn nodig om op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde interventies op groter schaal in te kunnen voeren. Effectiviteit is (met de kosten) steeds meer de toetssteen voor financiering, ook voor de verslavingszorg. Dat we van behandelvormen nog niet weten of deze werken, wil niet zeggen dat we het bij het oude moeten laten. Er is nu meer kennis waarmee we aan de slag kunnen en de vraag is wat nodig is om dit te bevorderen. *Resultaten Scoren* (tweede fase) kan hiertoe een opstap bieden. De financiering van dit programma loopt echter door tot eind 2006. Een meer op *evidence-based* werken gerichte training en opleiding van professionals is eveneens noodzakelijk. En wellicht mogen we ook de kritiek op de huidige organisatie- en financieringsvormen van de verslavingszorg van het organisatieadviesbureau Hoeksma, Homants en Menting (2003) ter harte nemen.

Appendix

Selectie en beoordeling van literatuur over psychosociale behandeling

Selectie

Uitgangspunt was een rapport van een Australische onderzoeksgroep (Gowing e.a., 2001). Met een brede zoekstrategie is gezocht naar studies van na 2001 met andersluidende resultaten. Er is gezocht met behulp van diverse gecomputeriseerde onderzoeksbestanden, literatuurlijsten van de opgespoorde publicaties, inhoudsopgaven van enkele tientallen tijdschriften, websites van grote onderzoeksinstituten en door navraag te doen bij Nederlandse en buitenlandse auteurs. Deze recente studies werden op hun kwaliteit beoordeeld en, indien goed genoeg, meegenomen. De aandacht ging voornamelijk (niet uitsluitend) uit naar goede overzichtsstudies of experimentele onderzoeken.

Bij de beoordeling van de kwaliteit van effectonderzoek is gelet op zes kenmerken: 1. een goede procedure van randomisering die verborgen blijft voor de betrokkenen (*concealed*); 2. een controlegroep; 3. blinding (proefpersonen, behandelaars of beoordelaars weten niet aan welke behandeling de deelnemers zijn toegewezen); 4. de grootte van de steekproef (gemotiveerd door statistische *power*-berekeningen); 5. adequate voor- en nametingen met tevoren geteste meetinstrumenten en 6. of deelnemers tijdens de analyse in de oorspronkelijk toegewezen behandel- of controlegroep bleven (*intention-to-treat-analysis*).

Bij hoogstens twee minpunten in deze reeks beschouwen we het experiment van voldoende kwaliteit. Meer minpunten betekende dat het experiment van onvoldoende kwaliteit was. Met deze soepele beoordelingsstrategie hielden wij rekening met de onvermijdelijkheid dat verslavingsonderzoek niet geheel kan voldoen aan deze strenge eisen. Het was bijvoorbeeld moeilijk om onderzoek geblindeerd uit te voeren, al was het maar omdat het voor proefpersonen vaak duidelijk was of een ‘echte’ drug werd toegediend of een placebo.

Wij evalueerden ook specifieke overzichtsstudies van effectonderzoek (in de vakliteratuur *meta-analyses* of *systematic reviews* genoemd).

De termen ‘evidentie’ of ‘bewijs voor werkzaamheid’ duiden op de hoeveelheid en de kwaliteit van wetenschappelijk bewijs voor gunstige effecten. Wanneer een behandeling dit etiket verdiende dan was deze ook in de dagelijkse praktijk het proberen waard omdat de kans op succes groot was. Het aantal onderzoeken hiernaar en de

kwaliteit ervan moesten beschreven zijn. Wij gebruikten onderstaande criteria voor voldoende bewijs. Bij de beoordeling van de evidentie hebben we het steeds over statistisch significante resultaten, tenzij anders vermeld.

Voldoende bewijs voor werkzaamheid

1. Een statistisch significant en positief effect, gevonden in:
2. Minstens drie studies waarvan tweederde van voldoende kwaliteit was.
3. De uitkomsten van deze studies spoorden onderling. Minstens tweederde moet een positief effect aantonen.
4. Een overzichtsstudie (systematische review studie of meta-analyse) waarin aan bovenstaande eisen is voldaan.

Literatuur

- Burke, B.L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*, 71, 843–861.
- Carroll, K.M. (2000). Implications of recent research for program quality in cocaine dependence treatment. *Substance Use & Misuse* 2000, 35, 2011–2030.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R., & Stephens R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat*, 21, 55–64.
- Correia, C.J., Dallery, J., Katz, E.C., Silverman, K., Bigelow, G., & Stitzer, M.L. (2003). Single- versus dual-drug target: effects in a brief abstinence incentive procedure. *Exp Clin Psychopharmacol*, 11, 302–308.
- Covi, L., Hess, J.M., Schroeder, J.R., & Preston, K.L. (2002). A dose response study of cognitive behavioral therapy in cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 191–197.
- Coyle, S.L., Needle, R.H., & Normand, J. (1998). Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health Rep*, 113, Suppl 1:19–30.
- Cross, J.E., Saunders, C.M., & Bartelli, D. (1998). The Effectiveness of Educational and Needle Exchange Programs: A Meta-analysis of HIV Prevention Strategies for Injecting Drug Users. *Qual Quant*, 32, 165–180.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, (2001). F.P. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.
- Epstein, D.H., Hawkins, W.E., Covi, L., Umbricht, A., & Preston, K.L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychol Addict Behav*, 17, 73–82.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., & O’Farrell, T.J. (1996). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *J Consult Clin Psychol*, 64, 959–972.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G.R., & O’Farrell, T.J. (1999). Drug-abusing patients and their intimate partners: dyadic adjustment, relationship stability, and substance use. *J Abnorm Psychol*, 108, 11–23.

- Gowing, L., Proudfoot, H., & Henry-Edwards, S. (2001). *Evidence supporting treatment: the effectiveness of interventions for illicit drug use*. Woden: Australian National Council on Drugs.
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R., & Simpson, D.D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 58, 55–66.
- Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., Brondino, M.J., & Pickrel, S. G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 868–874.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., & Brondino, M.J. (1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Ment Health Serv Res*, 1, 171–184.
- Higgins, S.T., Alessi, S.M., & Dantona, R.L. (2002). Voucher-based incentives. A substance abuse treatment innovation. *Addict Behav*, 27, 887–910.
- Kaminer, Y., Bursleson, J.A., & Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J Nerv Ment Dis*, 190, 737–745.
- Katz, E.C., Chutuape, M.A., Jones, H.E., & Stitzer, M.L. (2002). Voucher reinforcement for heroin and cocaine abstinence in an outpatient drug-free program. *Exp Clin Psychopharmacol*, 10, 136–143.
- Katz, E.C., Gruber, K., Chutuape, M.A., & Stitzer, M.L. (2001). Reinforcement-based outpatient treatment for opiate and cocaine abusers. *J Subst Abuse Treat*, 20, 93–98.
- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Lamb, R.J., & Platt, J.J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *J Consult Clin Psychol*, 66, 761–767.
- Liddle, H.A. (2002). Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse. In L.S. Harris (ed.), *Problems of drug dependence 2001: proceedings of the 63rd Annual Scientific Meeting: the College on Problems of Drug Dependence, Inc.* (pp. 113–115). Bethesda, MD: NIDA DHHS.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., & Henderson, C.E. (2002). *A Family-Based, Intensive Outpatient Alternative to Residential Drug Treatment for Co-Morbid Adolescent Substance Abusers: Preliminary Findings of a Controlled Trial*. Presented at the 64th Annual Meeting of the CPDD Quebec City, Quebec, Canada.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27, 651–688.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A., & Henderson C.E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *J Psychoactive Drugs*, 36, 49–63.
- Loth, C., Schippers, G., & 't Hart, H. (2003). Methadonverstrekking in Nederland aan het begin van een nieuwe eeuw: verloedering van een verpleegkundige praktijk. *MGv: Maandbl Geestel volksgezond*, 58, 1111–1123.
- Loth, C.A. (2003). *Professionele verpleegkundige begeleiding van chronische drugsverslaafde cliënten in de ambulante verslavingszorg: werkdocumenten op weg naar een geïntegreerd zorgaanbod voor moeilijk te bereiken cliëntengroepen*. Den Haag: ZonMw.
- Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. (2004). *J Consult Clin Psychol*, 72, 455–466.
- Maude-Griffin, P.M., Hohenstein, J.M., Humfleet, G.L., Reilly, P. M., Tusel, D.J., & Hall, S.M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *J Consult Clin Psychol*, 66, 832–837.
- Meyers, R.J., & Miller, W.R. (2001). *A community reinforcement approach to addiction treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Michalec, E., Martin, R.A., Abrams, D.B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92, 1717–1728.
- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *J Subst Abuse Treat*, 18, 51–54.
- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2002). Behavioral couples and family therapy for substance abusers. *Curr Psychiatry Rep*, 4, 371–376.
- Petry, N.M., Tedford, J., Austin, M., Nich, C., Carroll, K.M., & Rounsaville, B.J. (2004). Prize reinforcement contingency management for treating cocaine users: how low can we go, and with whom? *Addiction*, 99, 349–360.
- Prendergast, M.L., Urada, D., & Podus, D. (2001). Meta-analysis of HIV risk-reduction interventions within drug abuse treatment programs. *J Consult Clin Psychol*, 69, 389–405.
- Preston, K.L., Umbricht, A., & Epstein, D.H. (2000). Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 395–404.
- Preston, K.L., Umbricht, A., Epstein, D.H. (2002). Abstinence reinforcement maintenance contingency and one-year follow-up. *Drug Alcohol Depend*, 67, 125–137.
- Preston, K.L., Umbricht, A., Wong, C.J., & Epstein, D.H. (2001). Shaping cocaine abstinence by successive approximation. *J Consult Clin Psychol*, 69, 643–654.
- Randall, J., & Cunningham, P.B. (2003). Multisystemic therapy: a treatment for violent substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Addict Behav*, 28, 1731–1739.
- Rhodes, G.L., Saules, K.K., Helmus, T.C., Roll, J., Beshears, R.S., & Ledgerwood, D.M. e.a. (2003). Improving on-time counseling attendance in a methadone treatment program: a contingency management approach. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 29, 759–773.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. & Van Laar, M. (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., Van Tulder, M.W., Van den Brink, W., De Jong, C.A.J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend*, 74, 1–13.
- Semaan, S., Des Jarlais, D.C, Sogolow, E., Johnson, W.D., Hedges, L.V., & Ramirez, G e.a. (2002). A meta-analysis of the effect of HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 30, Suppl 1:S73–S93.
- Silverman, K., Wong, C.J., Umbricht-Schneiter, A., Montoya, I.D., Schuster, C.R., & Preston, K.L. (1998). Broad beneficial effects of cocaine abstinence reinforcement among methadone patients. *J Consult Clin Psychol*, 66, 811–824.
- Smith, J.E., Meyers, R.J., & Miller, W.R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *Am J Addict*, 10, Suppl:51–59.
- Stanton, M.D., & Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and

- review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull*, 122, 170-191.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A., & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 68, 898-908.
- Waldron, H.B., Slesnick, N., Brody, J.L., Turner, C.W., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol*, 69, 802-813.
- Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R., & Kelley, M.L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. *J Consult Clin Psychol*, 70, 344-355.